



e-cadernos CES

02 | 2008

Novos mapas para as ciências sociais e humanas

Imigrantes guineenses em Lisboa: padrões de interacção dos reportórios simbólicos da cura e ruptura

Letícia Lima



Edição electrónica

URL: <http://journals.openedition.org/eces/1323>

DOI: 10.4000/eces.1323

ISSN: 1647-0737

Editora

Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra

Refêrencia eletrónica

Letícia Lima, « Imigrantes guineenses em Lisboa: padrões de interacção dos reportórios simbólicos da cura e ruptura », *e-cadernos CES* [Online], 02 | 2008, colocado online no dia 01 dezembro 2008, consultado a 02 maio 2019. URL : <http://journals.openedition.org/eces/1323> ; DOI : 10.4000/eces.1323

Este documento foi criado de forma automática no dia 2 Maio 2019.



Imigrantes guineenses em Lisboa: padrões de interacção dos reportórios simbólicos da cura e ruptura

Letícia Lima

1. Introdução

- 1 Com a intensidade e rapidez do fluxo de pessoas e de significados característicos da contemporaneidade, se revela a convivência de uma multiplicidade de conhecimentos e saberes acerca da saúde.
- 2 Muitos dos imigrantes guineenses entrevistados em Lisboa¹ apresentaram problemas de desadaptação e problemas somáticos durante seus percursos migratórios. E, ao se depararem com universos culturais distintos e com as diferentes concepções sobre a saúde e a doença, formas diferentes de controlar o corpo e distintos discursos médicos, acabaram por moldar as suas experiências através da configuração destes infortúnios segundo a cosmogonia da sociedade de partida, que os explicam como uma má relação com espíritos. Logo, os percursos terapêuticos incluem, além do uso da medicina científica, o regresso temporário aos altares das comunidades de origem, ou a transposição das práticas de cura “tradicionais” nas cidades de acolhimento.
- 3 Esses fatos revelam os novos desafios que se apresentam para uma adequada abordagem na análise dos sistemas médicos, entendidos no sentido holístico, proposto por Kleinman, de “Health Care System”,² que encontramos nas sociedades complexas, como o ambiente urbano receptor de diversos fluxos migratórios na cidade de Lisboa.
- 4 Contrariando as pretensões do projecto científico da modernidade, a biomedicina não é a única, exclusiva e completamente eficaz forma de cura a ser utilizada pelas diversas comunidades.

- 5 Nas palavras de Boaventura Sousa Santos,

A vitalidade cognitiva do Sul não deixou de ter consequências para o saber científico moderno, obrigado a reconhecer a existência de outros saberes, mesmo quando procura circunscrever a sua relevância, apodando-os de “conhecimentos locais” ou de “etnociências” (Santos, 2004: 21).
- 6 Novas abordagens sobre a convivência entre distintas formas epistêmicas, e as suas derivadas práticas de cura, onde o diálogo, a complementaridade e o respeito mútuo estejam presentes, é então uma necessidade imanente.
- 7 A hegemonia intrínseca do paradigma científico presume a legitimidade discursiva acerca dos fatos humanos e sociais (Santos, 1987; 1998). E confere a si mesma, assim, o direito de designar todas as formas de conhecimento que não estão circunscritas em seu domínio de acção como “alternativo”, “tradicional”, “étnico” e outras nomenclaturas classificatórias que carregam uma noção implícita de subalternidade, num exercício do poder onde é definida a ordem hierárquica dos diferentes saberes.

“Por seu lado, o conceito de “conhecimento tradicional” remete para a presença de um sistema homogêneo de pensamento, encobrindo o facto de que os grupos sociais renovam os seus conhecimentos constantemente em função de novas experiências e de novos desafios postos por circunstâncias históricas novas. A emergência do tradicional corresponde assim a uma “cristalização” do étnico.” (Santos, 2004: 28)
- 8 Necessitamos de visões alternativas a esta forma de pensamento dicotomizada e enclausurante entre o moderno e o tradicional, o local e o global, o urbano e o rural, entre a medicina oficial e as medicinas alternativas, onde as polaridades são concebidas como entidades homogêneas e estanques.
- 9 Alguns autores (Appadurai 1990, 2004; Featherstone, 1990; Friedman 1990; Hannerz, 1990, 1992; Santos, 1987, 1998, 2004; Shallins, 1997a, 1997b,) têm proposto a noção de conceitos como fluxos, hibridização ou indigenização da modernidade. Para eles, o processo de globalização envolve concomitantemente, tanto a disseminação hegemónica dos padrões culturais ocidentais, como um movimento de contrafluxo diferenciador.
- 10 Destacamos a proposta de Hannerz, na qual os discursos globais são reconstruídos e remodelados a nível local, num processo múltiplo de crioulização cultural, semelhante ao que os estudos linguísticos indicam para o surgimento de línguas crioulas (Hanners, 1992).

I would suggest, first of all, that creole cultures – like creole languages – are intrinsically of mixed origin, the confluence of two or more widely separate historical currents which interact in what is basically a center/periphery relationship. (Hannerz, 1992: 264)

The cultural processes of creolization are not simply a matter of a constant pressure from the center toward the periphery, but a much more creative interplay [...] so creole cultures come out of multidimensional cultural encounters and can put things together in new ways. (Hannerz, 1992: 265)
- 11 Os sistemas médicos podem ser analisados sob a mesma perspectiva, principalmente se enfocamos o seu repertório discursivo, e os entendermos como as ferramentas simbólicas disponíveis aos indivíduos para os mesmos compreenderem e significarem a sua experiência do adoecimento.
- 12 A biomedicina não é universalmente homogênea e distribuída pelo mundo. Ao contrário, a significação dos seus elementos se transforma e transfigura de acordo com as necessidades de contextos locais.

- 13 Tampouco as formas e representações de cura ditas “tradicionais” são homogéneas, estão estanques, “mumificadas” ou tenderão a desaparecer frente à eficácia do projecto científico ocidental. Elas também parecem assumir novas formas e funções consoante os seus contextos locais específicos e diferenciados.
- 14 Nas palavras de Kleinman:
- Medicine is nothing if not multitudinous. (Kleinman, 1995:21)
- The same therapeutics technologies – say, for example, particular pharmaceuticals or surgical equipment – are also perceived and employed in different ways in different worlds.[...] Thus, in cross cultural perspective it is as valid to talk about the cultural processes of indigenization of biomedicine as to implicate the globalization of local therapeutic traditions. (Kleinman, 1995: 24)
- 15 Proponho então enxergar a medicina científica como um dos agentes de imposição cultural do “Norte Global” (Santos, 1989) e do pensamento científico ocidental. Mas, diferentemente de outros estudos na mesma linha, tentarei focar o olhar aqui, não somente na medicina como um agente impositor da “dimensão epistemológica do colonialismo” (Santos, 1989), mas no processo de diferenciação e diversificação, seguindo a visão de Appadurai de que homogeneização e a heterogeneidade são duas forças concomitantes do processo de globalização (Appadurai, 2004).
- 16 Pretendo partilhar aqui algumas reflexões sobre a possibilidade, e também sobre os limites, de se enxergar o processo de adoecimento no contexto migratório, assim como as suas representações, eleições terapêuticas, acções para conseguir a cura, quando são adoptadas acções divergentes do discurso científico legitimador, como uma resposta, uma forma de resistência social e colectiva a processos macroscópicos transnacionais. Ou seja, como uma maneira de as periferias falarem a respeito de si próprias dentro do processo de globalização.
- 17 Para tanto, seguirei também, e essa será a segunda orientação teórica adoptada, a proposta da antropologia médica crítica, em que não somente as micro-relações médicas devem ser analisadas, mas também o modo como as formas de manifestação de lógicas de poder económico são transitadas através da medicina e comunicadas através do processo e da representação do adoecimento. Nesta abordagem, o corpo, é considerado, ao mesmo tempo, um produto político e cultural, resultado de processos naturais e culturais e firmemente ancorado no momento histórico. É o locus experiencial primeiro do indivíduo. É através do corpo que experiências simultaneamente sociais e individuais são comunicadas. Esta concepção do corpo, enquanto matriz simbólica organizadora da experiência, possibilita um entrelaçamento de análises que permite aceder a vivência experiencial do indivíduo de processos com dimensões sociais (sejam elas micro ou macro) e políticas de poder, e interpretar os significados subjacentes ao processo de adoecimento e cura.

2. A crioulização da medicina

- 18 Existe uma tendência em antropologia hoje de demonstrar como o projecto imperialista de uma homogeneização cultural no mundo está falindo. Diversos estudos apontam para novas construções culturais em que o saber local se mistura com os símbolos globais, resultantes da expansão do capitalismo.³
- 19 Para a reformulação da Antropologia Médica e da Psiquiatria Cultural, de modo a que as mesmas sejam capazes de lidar com as novas configurações mundiais de uma maneira

mais adequada, Bibeau (1997) considera um bom ponto de partida é a análise macrosociológica da distribuição social do significado resultante do processo de globalização que Hannerz (1992) faz no livro: *Cultural Complexity Studies in the Social Organization of Meaning*.

- 20 Nesta obra, Hannerz enfatiza a importância do relacionamento entre centro e periferia na organização da distribuição do significado resultante do processo cultural da globalização. Em outras palavras, esta distribuição cultural é essencialmente assimétrica e sócio-económico e politicamente delineada. Porém, ressalta que este relacionamento envolve tanto a difusão dos padrões culturais tidos como globais, ou os ocidentais, em um movimento do centro para a periferia, como a diferenciação que se processa entre estes padrões culturais e o contexto local, formando diferentes e singulares configurações culturais.
- 21 O autor enfatiza a importância de olhar dois pontos significativos na organização social destes fluxos: primeiro, as subculturas e as microculturas com os seus específicos arranjos de significados e, segundo, o aparato cultural centralizador representado, por exemplo, pela educação, religião, arte, estatutos legais e a informação, que cria a divisão do trabalho, amplamente baseada na divisão do conhecimento, e que separa radicalmente o mundo letrado do mundo não letrado. Podemos então destacar aqui, para o nosso caso, todas as agências centralizadoras, detentoras e difusoras do saber médico-científico.
- 22 Segundo ele, e este é o ponto que pretendo enfatizar, é precisamente na fragmentação e na diversificação, resistência e submissão, que emergem do conflito entre os agentes da centralização (escola, media, igreja, mercado, estados) e as actividades descentralizadas de subculturas, microculturas e movimentos sociais, que podemos analisar a forma como se dá a interacção de padrões globais hegemónicos com os contextos locais, e onde devem estar focalizados os estudos antropológicos (apud Bibeau, 1997: 21).
- 23 Contrariamente à antropologia tradicional, que usualmente concentra sua pesquisa na busca de padrões culturais de significação, espacialmente localizada e claramente delineada, Hannerz sugere que concentremos nossos estudos no fluxo, tanto temporal quanto espacial, dos significados sociais. Estes fluxos se originam nas performances, comportamentos e actividades de indivíduos e grupos.
- 24 Tal perspectiva traz de volta à cena os comportamentos dos indivíduos, assim como os contextos sociais que os determinam. As interfaces, interpenetrações e contradições entre os padrões de significado retornam ao plano central no estudo da diversidade.
- 25 Este tipo de proposta, centrada na assimetria, no fluxo, na fusão e na heterogeneidade nos parece muito mais apropriado ao estudo da medicina nas sociedades complexas que encontramos nos contextos migratórios urbanos. Possibilita-nos, agora com uma compreensão mais alargada, focar o olhar na agência de indivíduos que se movem entre diferentes referenciais culturais, ao invés de perceber, ou construir, padrões culturais totais como se fossem entidades homogêneas.⁴
- 26 Nos permite também relativizar a dicotomia com a qual as distintas formas de medicina são usualmente tratadas e das quais falámos anteriormente. Várias formas de representar e simbolizar o processo de adoecimento estão presentes num mesmo sistema médico das sociedades complexas, o que torna sem sentido a classificação dicotómica hegemonicamente influenciada pelo pensamento cartesiano ocidental, entre medicina tradicional e medicina científica que ainda ecoa em estudos contemporâneos. Ao contrário, precisamos considerar como verdadeiramente multicentrados os referentes

culturais sobre saúde dentro de uma determinada localidade. Uma abordagem adequada deve estar sensível a pertencas múltiplas, comunidades multi-localizadas, redes de conexão a longas distâncias e identidades flexíveis e mutáveis (Bibeau, 1997).

- 27 Necessitamos então de novas ferramentas teóricas, de abordagens inovadoras, que nos permitam investigar os modos com os quais se dá esta transformação, assim como evidenciar as lógicas de poder que determinam os padrões de interação e o surgimento das “intermedicinas” ou “sistemas médicos híbridos” (Meneses, 2004: 360).

3. A doença como linguagem e estratégia de resistência

- 28 Como dissemos anteriormente, centraremos nosso estudo no processo de contradição, diversificação e resistência à lógica de imposição hegemónica dos padrões simbólicos ocidentais. E diferentes formas de resistência à homogeneização cultural têm sido relatadas por estudos antropológicos e sociológicos.
- 29 Acontece que em muitos casos, os processos de resistência a poderes hegemónicos não são socialmente organizadas, politicamente articulados ou explicitamente expressados. Em resposta ao discurso hegemónico público, indivíduos e comunidades têm resistido e se oposto em seus discursos íntimos e privados e em suas acções. Às vezes, esta resistência pode tomar a forma de adoecimentos. Trataremos de expor a seguir os pressupostos que permitem fazer este tipo de leitura do processo de adoecimento.
- 30 A primeira delas é a respeito da forma de abordar o corpo nas pesquisas antropológicas. O corpo, antes, era concebido como uma entidade fixa, material, submetida a regras empíricas da ciência biológica. Dentro do actual debate das ciências sociais, e da discutida necessidade de revisão dos seus paradigmas (Santos 1987, 1998; Marcus e Fischer, 1986), o corpo já não pode mais ser considerado um “brute fact of nature” (Czordas, 1994: 1), que tem padrões universais de reagir, fisiologicamente determinados, mas se comporta de diferentes maneiras de acordo com o contexto histórico no qual esta inserido.
- 31 Por isso, Czordas (1994) propõe uma reformulação da etnografia clássica que reconsidere seriamente a experiência corporal, considerando o corpo como um fenómeno subjectivo para transformações culturais. *“Why not then begin with the premise that the fact of our embodiment can be a valuable starting point for rethinking the nature of culture and our existential situation as cultural beings?”* (Czordas, 1994: 6).
- 32 Esta concepção do corpo como o locus experiencial da cultura e do eu, onde processos sociais e históricos são significados, possibilita uma perspectiva mais ampla dentro da antropologia médica, que permite incluir, entre os elementos de análise, os factores determinantes macro-sociais e as relações de poder que estão implícitas nas representações sobre saúde e doença, aceder à vivência experiencial do indivíduo em processos com dimensões sociais (sejam elas micro ou macro) e políticas de poder, e interpretar os significados subjacentes ao processo de adoecimento e cura. E, *“With biology no longer a monolithic objectivity, the body is transformed from object to agent.”* (Haraway 1991:198 in Czordas, 1994: 3)
- 33 Scheper-Hughes e Lock (apud Scheper-Hughes, 1997) propõem a análise do corpo em três níveis: o individual ou pessoal, o social e o político.
- “En el primer nivel, el más manifesto, está el cuerpo individual o “natural” (el cuerpo personal), entendido en el sentido fenomenológico de la “verdadera”

experiencia del cuerpo personal, intuitiva y inmediatamente captada (...). Sin embargo es difícil imaginar incluso la primera y mas “natural” intuición del cuerpo personal que no esté mediada por significados y representaciones culturales” (Scheper-Hughes, 1997:138)

- 34 Os outros dois níveis de análise do corpo a que se refere a autora seriam o social e o político. O corpo social compreende os modos pelos quais os homens usam o corpo enquanto símbolo para construir uma visão de mundo específica, e o pensamento sobre si mesmos e sobre outros seres a partir desta cosmologia. A dimensão política do corpo refere-se às maneiras pelas quais indivíduos têm sido disciplinados, regulados e controlados.
- 35 A autora propõe a interpretação da intersecção entre os três corpos, que são para ela três níveis de análise, independentes mas interconectados. O processo de corporalização (embodiment), se dá através dos modos pelos quais as pessoas vivem as interações entre os três corpos. E a tarefa do antropólogo é capturar os jogos de metáforas, os discursos implícitos e os significados simbólicos dentro da rede de interconexões entre eles (Scheper-Hughes, 1997).
- 36 Contrapor a visão meramente clínica na análise médica, superando a consideração isolada de seus aspectos biomédicos como cientificamente objectiváveis, à necessidade de entender as facetas culturais que influem na concepção e uso do corpo, o fluxo do poder e da política sobre os mesmos, permite abordar de maneira renovada o tema do adoecimento, ou do corpo que sofre. As doenças, assim, podem ser vistas como narrativas culturais, como uma linguagem através da qual se revelam os dramas sociais e, inclusive, como formas de resistência social e de actuação política.
- 37 Entre os diversos exemplos de análise neste sentido, destacamos o acima citado “Death without weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil” de Scheper-Hughes onde a autora nos dá um testemunho memorável sobre a forma como o sofrimento e as manifestações simbólicas do mesmo são medicalizadas, numa demonstração do carácter político, manipulador, silenciador que a prática médica hegemónica pode assumir. A principal causa do sofrimento da comunidade do Alto do Cruzeiro, um aglomerado nos arredores de Recife, é a miséria, a quase absoluta falta de recursos económicos e a fome dela consequente. A autora descreve a forma como este padecimento toma formas corporais, através da manifestação somática da chamada “doença dos Nervos”, no que ela chamou de uma desarticulada forma de protesto, individual e colectivo, onde a dor, o sofrimento e a incapacidade são mostradas como resistências corporais passivas a processos sociais. Demonstra a forma como a medicalização destas manifestações, ou comunicações de realidades de sofrimento íntimos, serve para silenciar a essência do que está sendo comunicado e para manipular politicamente a comunidade. A medicina é mostrada como uma forma de exercício de poder e controle sobre os indivíduos através de seus corpos.
- 38 E a doença aqui é mostrada como uma forma subversiva de resistência corporal.
- 39 Entretanto, é preciso ter em conta um alerta que Kleinman e Kleinman (Kleinman e Kleinman, 1996) nos fazem acerca da interpretação do sofrimento. Frequentemente a intervenção terapêutica de base científica é interpretada tendo como consequência o silenciamento das vozes dos receptores dos tratamentos, quando os mesmos falam das suas verdadeiras aflições, suas experiências vividas e seus profundos descontentamentos em um contexto de exercício político do poder (também presentes nas relações “pós”-coloniais). É bastante mostrada a forma como a medicalização do sofrimento distorce as

concepções do paciente e da sua comunidade e deslegitima o sofrimento enquanto linguagem, enquanto um comentário moral e performance política.

- 40 Mas a interpretação do sofrimento de um indivíduo ou comunidade, qualquer que seja o sentido desta interpretação, apesar da bem-intencionada denúncia crítica de processos macro-políticos que podem estar presentes na mesma, corre o mesmo risco que a categorização nosológica biomédica, ou seja, de deslegitimizar a experiência humana do sofrimento. (Kleinman e Kleinman, 1996).

[Nor is it morally superior to anthropologize distress, rather than to medicalize it. What is lost in biomedical renditions – the complexity, uncertainty and ordinariness of some man or woman's world of experience – is also missing when illness is reinterpreted as social role, social strategy, or social symbol ... anything but human experience.] (Kleinman e Kleinman, 1996: 170)

[We are far along in this process of inauthenticating social worlds, of making illegitimate the defeats and victories, the desperation and aspiration of individuals and groups that could perhaps be more humanly rendered not as representation of some other reality (one that we as experts possess special power over) but rather as evocation of close experience that stands for itself.] (Kleinman e Kleinman, 1996: 187)

- 41 Considero que ouvir as narrativas pessoais, os discursos subjectivos a respeito de como interpretam suas aflições e de como descrevem e entendem as suas escolhas para conseguir a cura é uma estratégia razoavelmente apropriada para “evocar”, e compreender a multiplicidade de dimensões simbólicas do sofrimento e as diferentes formas culturais que a integração dos seus elementos pode adquirir.
- 42 E por considerar essencialmente importante enaltecer a narrativa do sujeito, especialmente quando se trata do seu processo de adoecimento e cura, passarei agora a descrever a história, conforme me foi relatada, do adoecimento e busca terapêutica de uma pessoa com a qual tive a oportunidade de conviver mais proximamente durante o trabalho de campo com imigrantes em Lisboa.
- 43 Rosa (o nome real foi alterado) é uma guineense com 45 anos. Vive em Portugal há cerca de 12, não trabalha e mora com o marido e os dois filhos (Erica de 21 e Henrique de 2), na Ameixoeira, um bairro periférico de Lisboa.
- 44 Em um de nossos encontros, Rosa me contou que tem psoríase há três anos, aproximadamente. Vai regularmente às consultas médicas e disse usar a medicação adequadamente, conforme orientada pelos profissionais de saúde. Afirmou que conseguia pouca melhora nos sintomas com os remédios e que as manchas da doença a incomodavam muito.
- 45 Relatou que a psoríase começou logo após da morte da mãe. Contou que a sua mãe, também guineense, era a responsável por fazer alguns rituais na sua casa. E que quando uma pessoa assim morre, alguém da família é escolhido para continuar os rituais. Pelo fato de a psoríase ter se manifestado logo após o falecimento da mãe, ela soube que havia sido a escolhida para ser a sua sucessora.
- 46 Rosa me explicou que essa é a forma usual de escolha. Me contou também que os ritos funerários na Guiné se passam em duas ocasiões. O Tchur e o Toca Tchur.⁵ O primeiro ocorre imediatamente após a morte. E a este Rosa pôde comparecer. O segundo, o Toca Tchur, ocorreu um ano depois da morte e Rosa não pôde viajar até a Guiné, porque não tinha dinheiro e estava grávida do seu filho mais novo. Durante o segundo rito, em uma das fases do mesmo, a mãe foi consultada pelos anciãos, sobre quem a deveria suceder nas

suas funções de ritualista. A mãe havia confirmado o que já se supunha, que seria Rosa a escolhida. Disse que tem dois irmãos vivendo na Europa e duas irmãs na Guiné que moravam com a mãe. Ou seja, das irmãs mulheres, ela foi a única que saiu do país para morar na Europa. Quando lhe perguntei porque ela achava que os remédios não estavam fazendo muito efeito, ela me disse:

“Olha, eu sou negra. Vou ao médico, uso medicamentos também. Mas sou africana, tenho que cumprir algumas coisas que não estava a fazer. Por isso fiquei doente. (...) Não sei porque a minha mãe me escolheu, minhas irmãs estavam lá ao pé dela... eu estava muito afastada dos costumes desde que vim para a Europa. Acho que também foi para me aproximar de novo... isso acontece com africanos que vêm pra cá. Acabam se afastando e são escolhidos. Acabam voltando (à África) depois...”

Quando perguntei o que era a psoríase, Rosa respondeu: “é uma inflamação na pele. A médica é boa, explica bem as coisas. Fui na semana passada a uma outra consulta. Ela me passou um xampô.”

“E funciona? O xampô resolve?” “Dizem que funciona. Dói muito para colocar. Melhorou um pouco. Já não sai coisinhas da cabeça.”

“E o que é que dá a psoríase?” “nem os médicos sabem. A médica diz que ninguém sabe. É coisa que dá. Os brancos é que têm muito.”

Repetiu que somente quando alguns rituais forem feitos lá na Guiné ela vai realmente melhorar. Que precisa conseguir dinheiro para retornar lá em breve ou “alguma coisa muito grave pode acontecer. Um acidente... uma doença... coisa grave! Pode ser no marido. Ou nas crianças. Não sei porque a minha mãe me escolheu. Minhas irmãs moravam lá. É justamente porque estou aqui. É uma forma de me fazer voltar.”

- 47 A medicina científica, conforme utilizada por Rosa, está longe de ser hegemónica, exclusiva, eficaz e uniforme. Parece, ao contrário, utilizada sim, mas como um elemento, talvez secundário, das representações e atitudes face à doença. O mesmo fenómeno que a biomedicina classifica, medica e tenta controlar, (inutilmente neste caso), parece estar inserida como parte de um sistema social e simbólico mais amplo, mais abrangente no caso de Rosa. A representação biomédica não é descartada, ao contrário, utilizada e manifestadamente apreciada, apesar de sua relativa ineficácia.
- 48 Mas o ponto principal que quero ressaltar na história de Rosa é sobre o fato relatado por ela da necessidade de restabelecer as conexões culturais, familiares e identitárias com o seu contexto de partida, com a África. (Rosa não mencionou a Guiné-Bissau, nem qualquer outro tipo de auto-identificação étnica, mas falava sempre em termos de ser Africana e de ser negra).
- 49 Os significados hegemónicos científicos, baseados no conhecimento especializado, não foram suficientes para ela significar completamente a sua experiência. O seu adoecimento, segundo o que disse, não foi um acontecimento individual em um corpo biologicamente circunscrito. A sua percepção do processo de adoecer está imersa e intimamente relacionada com os aspectos sociais e culturais que ela vive actualmente. E por eles foi demarcada e definida a sua trajetória de cura. Houve uma necessidade, segundo ela própria, não pessoal, não individual, mas de sua rede sociocultural, da terra de origem, de África, de trazê-la de volta, pois “estava muito afastada.” E “isso acontece muito com as pessoas que estão aqui.”
- 50 E tanto o afastamento como a reaproximação não ocorrem somente em termos de deslocamento físico, de transposições espaciais entre a Europa e a África, mas em termos culturais e simbólicos, as conexões étnicas e identitárias desterritorializadas de que nos fala Anderson em *Comunidades Imaginadas* (Anderson, 2005).

- 51 Uma das formas de enxergar o sofrimento de Rosa é como uma corporalização das necessidades de reestabelecimento destas conexões e da reconfiguração social das pessoas que migram, que se afastam.
- 52 Outros estudos sobre imigrantes africanos na Europa apontam fenómenos na mesma direcção. Especificamente sobre os guineenses, podemos encontrar correlatos nos estudos de Clara Carvalho (Carvalho, 1995), sobre a trajectória de um guineense residente em Paris, proveniente da Ilha de Jeta, cujo percurso terapêutico para obter a resolução de uma série de infortúnios e enfermidades, culminou com o retorno do mesmo à Guiné-Bissau, a fim de possibilitar a sua iniciação como operador ritual, mesmo contra a sua vontade individual explícita.
- 53 Lorenzo Bordonaro e Chiara Pussetti (Bordonaro e Pussetti, 2006), fazem uma análise da interpretação das emoções entre imigrantes guineenses em Lisboa, relacionando a manifestação de uma espécie de tensão nervosa, ansiedade ou angústia de nostalgia, o *n’odi* cuja causa é simultaneamente atribuída à ausência ou saudade dos amigos e familiares e a uma prática mágica realizada por seus familiares na Guiné, com a finalidade de fazê-los regressar.
- N’odi é portanto identificado muitas vezes como a causa dos mal-estares que frequentemente interferem com os percursos existenciais dos migrantes. Por vezes força mesmo os migrantes a voltar para as ilhas, para as aldeias, para recompor as fracturas e regressar à saúde. Muitas entrevistas recolhidas em Bubaque falam de regressos não programados ao Arquipélago e de migrantes que voltam “como loucos” deixando o trabalho e a hipotética segurança económica da Europa; pessoas que “tiveram que voltar para não morrer”, deixando a Universidade ou a namorada em Lisboa. O *n’odi* é ainda interpretado como uma “chamada”, uma “prática mágica” destinada a atrair e a fazer regressar os emigrantes ao próprio país, para reconstruir dinâmicas e laços que são ameaçados ou cortados. As consequências desta prática determinam no destinatário uma sensação de tensão nervosa, ansiedade ou angústia, que pode levá-lo a manifestar muitos sintomas diferentes: o emigrante regressa de repente, à procura de uma cura “tradicional”, enquanto não se consegue tratar com sucesso no país europeu de acolhimento. Podemos interpretar essa “chamada” como um mecanismo de defesa que a comunidade *bjagó* desenvolveu contra os riscos da erosão social progressiva: geralmente os migrantes aos quais é destinada a “chamada” partiram há muitos anos, os laços que eles mantêm com a família na Guiné são fracos, até quase inexistentes.” (Bordonaro e Pussetti, 2006:142-143)
- 54 Poderíamos então concluir que os estudos citados e as palavras de Rosa nos falam do “chamado” no sentido, utilizado por Bordonaro, de uma manifestada necessidade de reestabelecimento das ligações familiares e identitárias. O adoecimento de Rosa, de acordo com o que foi explicado por ela mesma, ou seja, o fato de ela ter sido escolhida justamente porque estava muito afastada, poderia ser visto como uma incorporação (*embodiment*) deste chamado, como uma manifestação corporalizada de uma tendência no sentido contrário ao do contexto histórico colonizador. O poder e a hegemonia dos discursos do centro seriam contrastados por forças que empurram na direcção oposta (Bordonaro, 2006). Rosa e seu grupo social, reagiriam, através do seu adoecimento, activamente ao processo de imposição de modos de vida. Poderíamos falar então de um contra-fluxo, em um movimento em sentido oposto ao da homogeneização (ocidentalização) e dos fluxos migratórios rumo às grandes metrópoles.
- 55 O corpo, então, aqui agiria, actuaria. Não como um ente passivo, biológico, universal e homogêneo da espécie humana, como pretende a biomedicina, mas como um arquivo

histórico e um lugar de resistência, e os seus sintomas poderiam ser vistos como um comentário político sobre as complexas relações opressivas que vêm os imigrantes guineenses como parte de processos sociais que ultrapassam amplamente o contexto local.

- 56 O adoecimento do corpo torna-se uma forma de resistência (passiva?) ao processo de homogeneização, individualização e alienação que os movimentos transnacionais da globalização podem impor aos indivíduos.

4. Síntese conclusiva

- 57 A dinâmica entre os significados culturais dominantes e a experiência vivida pelos indivíduos gera nos grupos locais, subordinados e excluídos do processo de produção do discurso legitimador, a oportunidade para contestar as formas impostas e para produzir interpretações e acções alternativas, renovadas, misturadas e contestadoras. Esta contestação e resistência nem sempre são articuladas, verbalizadas ou politicamente organizadas. E podem acontecer sob a forma de adoecimentos, persistências sintomáticas e da busca de itinerários não oficiais, logo subalternos, de cura. Um modo de protesto corporalizado, não explícito, mas manifestado implicitamente em seu discurso e acção. Tal dinâmica gera também a oportunidade de reelaboração e reacomodação entre o influxo de forças simbólicas opostas e contraditórias.
- 58 Conforme dito anteriormente, a crioulização da medicina pode ser entrevista na acção dos indivíduos, quando os mesmos transitam entre múltiplas, diferentes e contrapostas (em alguns casos) cosmogonias, assim como entres as variadas formas de tratar o corpo e o sofrimento. Representações dos diferentes sistemas médicos convivem, actuam, se misturam, se transformam e se reconfiguram durante uma mesma experiência do adoecimento.
- 59 Como estas diferentes concepções estão hierarquicamente posicionadas, hierarquia esta que espelha uma relação de superioridade cultural e social, algumas são oficiais e outras subalternas, a escolha entre os diferentes sistemas médicos torna-se uma escolha política.
- 60 A liberdade de transitar entre os distintos repertórios discursivos devolve aos indivíduos a legitimidade da narrativa sobre suas próprias vidas e a legitimidade discursiva sobre a construção da modernidade. Esta actuação agenciadora subversiva acontece, ainda que não declaradamente, ainda que em seus discursos íntimos e independentemente das intenções totalizadoras científicas e da nossa incapacidade de perceber fenómenos tão singulares e díspares.
- 61 Avaliar a forma como a “colonização epistemológica” continua a afectar as populações desprovidas do discurso legitimador, a manipular e controlar as comunidades constituintes do “Sul Global”, assim como identificar as formas (por mais diferenciadas que sejam) de resistência e luta contra este poder hegemónico é fundamental para a pensar a diversidade epistemológica do mundo.
- 62 Enaltecer as narrativas experienciais dos sujeitos que vivem este processo se torna então uma tarefa inexecutável para a prática de uma ciência (social ou qual quer que seja) que se pretenda comprometida com o processo emancipatório da diversidade epistemológica e, no nosso caso, da intermedialidade.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, Benedict, (2005), *Comunidades Imaginadas - Reflexões Sobre a Origem e a Expansão do Nacionalismo*. Lisboa: Edições 70 [Tradução: Catarina de Mira].
- Appadurai, Arjun (1990), "Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy" in Featherstone, Mike (org.), *Global Culture: Nationalism, Globalization y Modernity*. London: Sage 295-310.
- Appadurai, Arjun (2004), *Dimensões Culturais da Globalização. A Modernidade sem Peias*. Lisboa: Ed. Teorema, [Tradução: Telma Costa].
- Bibeau, Gilles (1997), "Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda", *Transcultural Psychiatry*. 1, 9-41.
- Bordonaro, Lorenzo e Pussetti, Chiara (2006), "Da utopia da Migração à Nostalgia dos Migrantes: percursos migratórios entre Bubaque (Guiné-Bissau) e Lisboa" in Lima, Antónia e Sarró, Ramon (org.), *Terrenos Metropolitanos: Ensaio sobre a Produção Etnográfica*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 125-153.
- Carvalho, Clara. (2001), "De Paris a Jeta, de Jeta a Paris: Percursos Migratórios e Ritos Terapêuticos entre França e Guiné-Bissau", in *Etnográfica*. Lisboa: 5 (2), 285-302.
- Cardoso, Lernerdo (2003), "Sistemas de Herança entre os Papéis, Manjacos e Mancanhas", in *Soronda: Revista de Estudos Guineenses*. Guiné-Bissau: INEP- Instituto Nacional de Pesquisa. Nova Série, 8, 147-179.
- Crowley, Eve e Ribeiro Rui (1987), "Sobre a Medicina Tradicional e Formas da sua Colaboração com a Medicina Moderna", in *Soronda, Revista de Estudos Guineenses*. Guiné-Bissau: INEP – Instituto Nacional de Pesquisa. 4, 95-112.
- Csordas, Thomas (1994), *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*. London: Cambridge University Press.
- Featherstone, Mike (org.) (1990), *Global Culture: Nationalism, Globalization y Modernity*. London: Sage.
- Friedman, Jonathan (1990), "Being in the World: Globalization and Localization", in Featherstone, Mike (org.), *Global Culture: Nationalism, Globalization y Modernity*. London: Sage, 311-328.
- Haraway, Donna (1990), "Investment Strategies for Evolving Portfolio of Primate Females" in Mary Jacobus, Evelyn et al. *Body/Politics: Women and the Discourses on Science*. New York: Routledge 139-162.
- Haraway, Donna (1991), *Simians, Cyborgs, and Women: the Reinvention of Nature*. New York: Routledge.
- Hannerz, Ulf (1990), "Cosmopolitans in Local and World Culture", in Featherstone, Mike (org.), *Global Culture: Nationalism, Globalization and Modernity*. London: Sage Publications, 237- 251.
- Hannerz, Ulf (1992), *Cultural Complexity: Studies in the social organization of meaning*. New York: Columbia University Press.
- Kleinman, Arthur (1995), *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.

- Kleinman, Arthur e Kleinman, Joan (1996), "Suffering and Its Professional Transformations Toward an Ethnography of Interpersonal Experience", in Jackson, Michael (1996), *Things as they are: new directions in phenomenological anthropology*. Indiana University Press, 169-193.
- Lock, Margareth e Scheper-Hughes, Nany (1987), "The Mindful body: a prolegomenos to future work in medical anthropology" in *Medical Anthropology Quarterly*. 1 (1), 6-41.
- Marcus, George e Fischer, Michael (1986), *Anthropology as Cultural Critique: Experiment in the Human Sciences*. Chicago: University of Chicago Press.
- Meneses, Maria Paula G. (2004), "Quando Não há Problemas, Estamos de Boa Saúde, Sem Azar Nem Nada", in Santos, Boaventura Sousa (org.), *Para uma Conceção Emancipatória da Saúde e das Medicinas. Semear Outras Soluções. Os Caminhos da Biodiversidade e dos Conhecimentos Rivaís*. Porto: Edições Afrontamento, 355-386.
- Nóbrega, Álvaro (2003), *A Luta pelo Poder na Guiné-Bissau*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Santos, Boaventura (1987), *Um Discurso sobre as Ciências*. Porto. Afrontamento.
- Santos, Boaventura (1998), *Introdução a uma Ciência Pós-Moderna*. Porto: Afrontamento. Santos, Boaventura (Org.) (2004), *Semear Outras Soluções. Os Caminhos da Biodiversidade e dos Conhecimentos Rivaís*. Porto: Edições Afrontamento.
- Saraiva, Maria Clara (2003), "Rituais Funerários entre os Papéis da Guiné-Bissau (Parte I)", in *Soronda: Revista de Estudos Guineenses*. Guiné-Bissau: INEP- Instituto Nacional de Pesquisa. Nova Série, 8, 179-209.
- Saraiva, Maria Clara (2004), "Rituais Funerários entre os Papéis da Guiné-Bissau (Parte II)", in *Soronda: Revista de Estudos Guineenses*. Guiné-Bissau: INEP- Instituto Nacional de Pesquisa. Nova Série, 8, 109-133.
- Sayad, Abdelmalek (1998), *A Imigração ou Os Paradoxos da Alteridade*. São Paulo: USP [Tradução: Cristina Murachco].
- Scheper-Hughes, Nancy (1997), *Muerte sin Llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ed. Ariel. [Tradução ao espanhol: Mikel Aramburu].
- Scheper-Hughes, Nancy (1992), "Death Without Weeping" (The Violence of Every Day Life in Brazil). California: University of California Press.
- Shallins, Marshal (1997a), "O Pessimismo Sentimental e a Experiência Etnográfica: Por que a Cultura não é um 'Objeto' em Vias de Extinção (parte I) ", in *Revista Mana* 3 (1), 41-73. Shallins, Marshal (1997b), "O Pessimismo Sentimental e a Experiência Etnográfica: Por que a Cultura não é um 'Objeto' em Vias de Extinção (parte II) ", in *Revista Mana* 3 (2), 103-150.

NOTAS

1. As entrevistas foram realizadas durante o período de Maio a Agosto de 2007, na Ameixoeira, bairro periférico de Lisboa, durante a realização da parte inicial do trabalho de campo para a minha pesquisa de doutoramento em Antropologia de Iberoamérica pela Universidad de Salamanca, iniciada em 2007.
2. Kleinman propõe o conceito de Health Care System como "(...) a system of symbolic meaning anchored in particular arrangements of social institutions and patterns of interpersonal interactions." (Kleinman, 1981: 24)
3. Ver Shallins, 1997

4. Na realidade, o desafio para os indivíduos em todas as sociedades contemporâneas é construir um sistema referencial que combine a cultura e a identidade cultural localmente surgida com o sentido comum de pertencer a um sistema mundial (Bibeau 1997, Sayad, 1988). Neste sentido, o emigrante é um agente em destaque desta condição.

5. A literatura antropológica encontrada sobre o assunto (Cardoso, 2003 Crowley, e Ribeiro 1987; Nóbrega, 2003 Saraiva, 2003;2004,) reafirmam as explicações dadas por Rosa, ainda que este fato não configure grande relevância para a análise em questão.

RESUMOS

O presente trabalho tem como objetivo lançar dois pontos de reflexão: O primeiro é que, apesar do que se supunha para o projeto da modernidade, a prática da biomedicina não é única, universal e uniformemente disseminada pelas várias partes do globo. Interessa, então investigar a forma com a qual ela se transfigura e se transforma num processo de “indigenização” do seu repertório discursivo. Analisamos para isso os padrões de interação dos repertórios simbólicos de cura, quando a biomedicina é escolhida como alternativa curativa.

O segundo ponto é como o processo de ruptura e consequente necessidade de reconstrução cultural e identitária envolvida no processo migratório pode ser comunicado através do adoecimento e escolha activa emigração guineense, repertórios simbólicos, adoecimento, cura dos itinerários terapêuticos. O corpo é visto como matriz simbólica organizadora da experiência, um arquivo histórico e um lugar de resistência; e os seus sintomas vistos como uma expressão da multiplicidade de vivências culturais, um comentário político sobre as complexas relações que vive a comunidade guineense como parte de processos sociais que ultrapassam amplamente o contexto local.

AUTOR

LETÍCIA LIMA

Letícia Lima é licenciada em Psicologia pelo Centro Universitário de Brasília e possui um DEA – Diploma de Estudos Avançados em Antropologia pela Universidade de Salamanca. Actualmente está a tirar um doutoramento em Antropologia de Iberoamérica, Antropologia da Saúde, sobre a temática de saúde e imigração.